第５号様式（第９条関係）

いの町新型コロナウイルス感染症に係るＰＣＲ検査費用助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

（宛先）いの町長

申請者　住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被検査者との続柄

　次のとおり新型コロナウイルス感染症に係るＰＣＲ検査費用の助成金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被検査者 | ふりがな | |  | | | | 性　別 | □　男  □　女 |
| 氏　　名 | |  | | | |
| 生年月日 | | □　明  □　大　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日  □　昭 | | | | | |
| 住　　所 | |  | | | | | |
| 検査日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 検査医療機関名 | | |  | | | | | |
| 高齢者施設等区分  右のうちいずれかの区分に☑を入れてください | | | □介護老人福祉施設　　□介護老人保健施設  □介護療養型医療施設　□介護医療院  □特定施設入居者生活介護を提供する施設  □認知症対応型共同生活介護を提供する事業所  □養護老人ホーム  □生活支援ハウス | | | | | |
| 利用開始日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 施設名称 | | | ※入所決定通知書（写）を添付してください。 | | | | 電話番号 |  |
| 申請額  （兼実績額） | | | 円  ※領収書を添付してください。 | | ※交付決定額 | | |  |
| 振込先 | 金融機関名 | | |  | | 支店名 | |  |
| 種別 |  | | 口座番号 |  | | | |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | | | |